

***NVOG-richtlijn:
‘Begeleiding bij foetale sterfte en
dodgeboorte’***

Inhoudsopgave

| | |
|--|------------|
| Samenvatting richtlijn: alle aanbevelingen op een rij | 3 |
| 1. Doel en plaatsbepaling | 9 |
| 2. Definitie | 9 |
| 3. Werkwijze | 9 |
| 4. Diagnose foetale sterfte (IUVD) | 10 |
| 4.1 Wat is de beste methode voor het vaststellen van een IUVD? | 10 |
| 4.2 Wat is het beste beleid direct na het vaststellen van een IUVD? | 10 |
| 5. Voorzorgsmaatregelen bij het bepalen van het geslacht | 12 |
| 6. Bevalling bij IUVD | 13 |
| 6.1 Wat zijn de aanbevelingen voor wanneer en op welke manier bevallen?. | 13 |
| 6.2 Aanbevelingen voor faciliteiten tijdens de bevalling | 14 |
| 6.3 Aanbevelingen voor antibiotische therapie tijdens de bevalling | 14 |
| 6.4 Pijnstilling tijdens de bevalling | 15 |
| 7. Het kraambed | 15 |
| 7.1 Zorg in het ziekenhuis | 15 |
| 7.2 Criteria voor tromboseprofylaxe | 15 |
| 7.3 Mogelijkheden om de lactatie te onderdrukken | 15 |
| 7.4 Informeren van andere zorgverleners | 17 |
| 8. Psychologische en sociale aspecten van zorg | 17 |
| 8.1 Welke psychologische problemen kunnen voorkomen na een IUVD? ... | 17 |
| 8.2 Welke interventies dragen bij aan een beter psychologisch herstel? | 18 |
| 8.3 Wat is het bewijs voor vasthouden, een naam geven en herinneringen maken van het overleden kind? | 19 |
| 8.4 Welk advies moet gegeven worden over cyclusherstel? | 20 |
| 9. Follow up | 20 |
| 9.1 De mogelijkheden voor follow up..... | 20 |
| 9.2 Wat zijn de aanbevelingen voor de inhoud van een follow up afspraak? . | 21 |
| 10. Zwangerschap na een IUVD | 22 |
| 10.2 Welke aanbevelingen moeten er gemaakt worden ten aanzien van de bevalling na een eerdere zwangerschap met onverklaarde doodgeboorte? ... | 23 |
| 10.3 Welke aanbevelingen zijn er voor de zorg voor de moeder na de volgende bevalling? | 23 |
| 11. Werkhervatting..... | 24 |
| 12. Welke aanbevelingen zijn er wat betreft zorg voor zorgverleners? | 224 |
| Referenties | 25 |
| Bijlage..... | 30 |

Samenvatting richtlijn: alle aanbevelingen op een rij

Paragraaf 4.1: methode vaststellen IUVD

De werkgroep is van mening dat auscultatie en CTG niet gebruikt dienen te worden bij verdenking IUVD. **D**

De werkgroep is van mening dat bij het vermoeden van de diagnose IUVD echo-onderzoek direct is aangewezen. **D**

De werkgroep is van mening dat supervisie of een tweede mening geadviseerd wordt. **D**

De werkgroep is van mening dat uitleg over het voelen van passieve kindsbewegingen aangewezen is, echo-onderzoek kan zo nodig herhaald worden. **D**

Paragraaf 4.2: beleid na het vaststellen van een IUVD

De werkgroep is van mening dat direct na het vaststellen aangeboden dient te worden partner, familie en/of vrienden te bellen, wanneer de patiënte alleen gekomen is. **D**

Het is aannemelijk dat gesprekken ter ondersteuning dienen te zijn van de keuzes van patiënte en partner. **B**

De werkgroep is van mening dat ouders geschreven informatie dienen te krijgen om de mondelinge informatie aan te vullen **D**

De werkgroep is van mening dat verdere diagnostiek zoals obductie en een eventueel genetisch consult voor de bevalling reeds met de ouders besproken dient te worden. **D**

Paragraaf 5: voorzorgsmaatregelen bij het bepalen van het geslacht

De werkgroep is van mening dat ouders geïnformeerd dienen te worden over de mogelijkheid dat het geslacht moeilijk te bepalen is als de baby geboren is. **D**

De werkgroep is van mening dat twee ervaren zorgverleners de genitalia externa dienen te inspecteren wanneer er sprake is van een extreme prematuur of een ernstig gemacereerd of hydropisch kind. **D**

Het is aannemelijk dat wanneer er nog twijfel is over het geslacht aanvullend onderzoek (zoals een QF-PCR of FISH) dient te worden aangeboden. **B**

Paragraaf 6.1: aanbevelingen voor wanneer en op welke manier te bevallen?

Er zijn aanwijzingen dat aanbevelingen over de bevalling rekening dienen te houden met de voorkeur van de moeder, haar medische conditie en haar obstetrische voorgeschiedenis. **C**

De werkgroep is van mening dat wanneer er sprake is van een sepsis, pre-eclampsie, abruptio placentae of gebroken vliezen geadviseerd wordt spoedig te bevallen. Wanneer deze factoren niet aanwezig zijn, kan de bevalling uitgesteld worden. **D**

De werkgroep is van mening dat gezonde vrouwen geïnformeerd kunnen worden dat een korte periode wachten tot de bevalling geen kwaad kan. Bij uitstel bestaat het risico op medische complicaties en op meer angst. Vrouwen die de bevalling langer dan 48 uur uitstellen, dienen geadviseerd te worden twee keer per week bloed te laten controleren op diffuse intravasale stolling. **D**

De werkgroep is van mening dat er besproken dient te worden dat de waarde van het postmortem onderzoek daalt bij een groter interval tussen tijdstip van vaststellen van de IUVD en de bevalling. **D**

De werkgroep is van mening dat er besproken dient te worden dat bij een groter interval tussen tijdstip van vaststellen van de IUVD en de bevalling het kind er minder fraai kan uitzien. **D**

De werkgroep is van mening dat een vaginale bevalling absoluut de voorkeur verdient. **D**

De werkgroep is van mening dat aanbevolen wordt een checklist op de verloskamers te hebben om af te vinken wat besproken en gedaan moet worden na een perinatale sterfte **D**

Paragraaf 6.2: aanbevelingen voor faciliteiten tijdens de bevalling.

De werkgroep is van mening dat vrouwen met een IUVD dienen te bevallen in een omgeving waar alle zorg aanwezig is die past bij hun klinische conditie. **D**

De werkgroep is van mening dat bij een zwangere met een IUVD er rekening dient te worden gehouden met een eventuele slaappleaats voor de partner en/of ander gezelschap en geluiden van andere vrouwen met baby's. **D**

De werkgroep is van mening dat een ervaren zorgverlener bij de bevalling betrokken dient te zijn. **D**

Paragraaf 6.3 aanbevelingen voor antibiotische therapie tijdens de bevalling.

De werkgroep is van mening dat routinematig antibiotica niet geadviseerd wordt. **D**

Er zijn aanwijzingen dat een sepsis behandeld dient te worden met breedspectrum antibiotica (inclusief antichlamydia). **C**

De werkgroep is van mening dat antibiotica profylaxe bij vrouwen gekoloniseerd met streptokok groep B om deze reden niet geadviseerd wordt. **D**

Paragraaf 6.4: Pijnstilling tijdens de bevalling

De werkgroep is van mening dat de patiënte voor de bevalling informatie over pijnbestrijding dient te krijgen. **D**

Paragraaf 7.1: Zorg in het ziekenhuis

De werkgroep is van mening dat vrouwen verzorgd dienen te worden in een omgeving waarin rekening gehouden wordt met de klinische toestand van patiënte. **D**

De werkgroep is van mening dat vrouwen de mogelijkheid dienen te krijgen verzorgd te worden in een omgeving met voldoende privacy. **D**

Paragraaf 7.2: Criteria voor tromboseprofylaxe

De werkgroep is van mening dat een IUVD geen onafhankelijke risicofactor voor trombose is. **D**

Paragraaf 7.3: Mogelijkheden om de lactatie te onderdrukken

Het is aangetoond dat vrouwen geïnformeerd dienen te worden over het feit dat 1/3 van de vrouwen die kiezen voor niet medicinale maatregelen om de lactatie te remmen ernstig ongemak ervaren. **A**

Het is aangetoond dat dopamine agonisten de lactatie onderdrukken en weinig bijwerkingen hebben. Cabergoline is eerste keus. **A**

De werkgroep is van mening dat dopamine agonisten gecontra-indiceerd zijn bij pre-eclampsie en hypertensie. **D**

De werkgroep is van mening dat oestrogenen niet voorgeschreven dienen te worden om de lactatie te onderdrukken. **D**

Paragraaf 7.4: Informeren van andere zorgverleners

De werkgroep is van mening dat alle zorgverleners die betrokken zijn geweest bij de zwangerschap en de bevalling geïnformeerd dienen te worden over de gebeurtenissen. **D**

De werkgroep is van mening dat bestaande afspraken dienen te worden heroverwogen en zonodig afgezegd. Verloskamers zouden een lijst moeten hebben met iedereen die geïnformeerd moet worden. **D**

Paragraaf 8.1: psychologische problemen bij een IUVD

Het is aannemelijk dat zorgverleners er zich bewust van dienen te zijn dat moeders, partners en andere kinderen in het gezin een risico hebben op ernstige psychologische reacties inclusief een posttraumatische stress stoornis, maar dat hun reacties erg verschillend kunnen zijn. **B**

Paragraaf 8.2: interventies voor een beter psychologisch herstel

De werkgroep is van mening dat zorgverleners rekening dienen te houden met verschillende culturele benaderingen ten opzichte van de dood. **D**

Het is aangetoond dat aan alle ouders psychosociale ondersteuning dient te worden aangeboden middels op het onderwerp ervaren maatschappelijk werkers, psychologen, geestelijk verzorgers of anderszins. **A**

De werkgroep is van mening dat er overwogen dient te worden om grootouders en kinderen ook deze ondersteuning aan te bieden. **D**

De werkgroep is van mening dat ouders informatie dienen te krijgen over verenigingen van lotgenoten. **D**

Paragraaf 8.3: vasthouden, een naam geven en herinneringen

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners ouders niet dienen te overreden om contact te maken met hun doodgeboren baby, maar moeten het wel ondersteunen als het verlangen uitgesproken wordt. **C**

De werkgroep is van mening dat als de baby een naam heeft gekregen, zorgverleners de naam dienen te gebruiken, ook in follow-up-afspraken. **D**

Er zijn aanwijzingen dat aangeboden dient te worden om tastbare herinneringen te maken, maar ouders moeten niet hiertoe worden gedwongen. **C**

Er zijn aanwijzingen dat op de verloskamers de mogelijkheid dient te zijn om foto's, hand- en voetafdrukken te maken en haarlokjes af te nemen. **C**

De werkgroep is van mening dat voor medische foto's mondeling toestemming gevraagd dient te worden en officiële voorschriften moeten worden nageleefd. **D**

De werkgroep is van mening dat wanneer ouders geen aandenken willen, er aangeboden dient te worden om de aandenken te bewaren in een persoonlijk dossier wanneer zij in de toekomst van gedachten veranderen. **D**

De werkgroep is van mening dat uitgelegd dient te worden dat kleren kunnen verkleuren als er sprake is van maceratie. **D**

Paragraaf 8.4: vruchtbaarheid

Er zijn aanwijzingen dat voordat vrouwen het ziekenhuis verlaten ze advies dienen te krijgen over cyclusherstel.

C

Paragraaf 9.1: follow-up

De werkgroep is van mening dat overlegd dient te worden met de ouders wanneer zij een follow-up-afspraken willen.

D

De werkgroep is van mening dat deze afspraak goed dient te worden voorbereid en dat alle uitslagen bij de hand dienen te zijn.

D

Paragraaf 9.2: inhoud van een follow up afspraak

De werkgroep is van mening dat ouders geïnformeerd dienen te worden over de oorzaak, kans op herhaling en hoe herhaling te voorkomen.

D

Er zijn aanwijzingen dat algemene preconceptionele adviezen gegeven dienen te worden, inclusief stoppen met roken.

C

Het is aannemelijk dat vrouwen geadviseerd dienen te worden niet aan te komen wanneer ze al overgewicht hebben (BMI>25) en afvallen te overwegen.

B

Er zijn aanwijzingen dat aangeboden dient te worden de voordelen te bespreken van het wachten met een nieuwe zwangerschap tot belangrijke psychologische problemen zijn verbeterd of verdwenen.

C

Het is aangetoond dat moeders vaak meer psychische problemen ervaren wanneer ze snel weer zwanger zijn, daarentegen ervaren partners meer psychologische problemen als een nieuwe zwangerschap wordt uitgesteld.

A

Het is aannemelijk dat ouders geadviseerd kunnen worden dat in het algemeen geldt dat wanneer de tijd tussen twee zwangerschappen korter is dan zes maanden de kans op medische problemen in een volgende zwangerschap significant groter is, maar dat de absolute kans klein is.

B

De werkgroep is van mening dat hoewel dit altijd belangrijk is, de inhoud van het hele gesprek dient te worden vastgelegd inclusief een overeengekomen plan voor een volgende zwangerschap.

D

Paragraaf 10: Zwangerschap na een onverklaarde IUVD

De werkgroep is van mening dat de voorgeschiedenis van de doodgeboorte duidelijk vermeld dient te worden in de zwangerschapskaart. Alle notities dienen te worden gelezen voordat mevrouw gezien wordt.

D

Het is aannemelijk dat bij een IUVD in de voorgeschiedenis 2^{de} lijns zorg wordt aanbevolen. **B**

De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met een IUVD in de voorgeschiedenis in een volgende zwangerschap gecontroleerd dient te worden op zwangerschapsdiabetes. **D**

Paragraaf 10.2: de bevalling na een onverklaarde doodgeboorte

De werkgroep is van mening dat een bevalling na een onverklaarde IUVD een indicatie is te bevallen in het ziekenhuis. **D**

De werkgroep is van mening dat wanneer de moeder vraagt om een geplande inleiding dat goed overwogen dient te worden rekening houdend met de zwangerschapsduur van de IUVD, de obstetrische voorgeschiedenis, en de veiligheid van de inleiding. **D**

Paragraaf 10.3: zorg voor de moeder na de volgende bevalling

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners er zich bewust van dienen te zijn dat vrouwen met een IUVD in de voorgeschiedenis kwetsbaar zijn voor een postpartum depressie. **C**

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners zich ervan bewust dienen te zijn dat er hechtingsproblemen kunnen zijn. **C**

Paragraaf 11: zorg voor zorgverleners

De werkgroep is van mening dat klinische en psychologische ondersteuning voor zorgverleners die te maken hebben gehad met een IUVD aanwezig dient te zijn. **D**

1. Doel en plaatsbepaling

In oktober 2010 verscheen de RCOG Green-top guideline no 55: “Late intrauterine fetal death and stillbirth”.¹ Dit is een evidence based richtlijn die tot aanbevelingen komt voor het begeleiden van vrouwen (en hun verwanten) bij een doodgeboorte na een zwangerschapsduur van 24 weken van een eenling zwangerschap. Het doel is nu om met behulp van de RCOG-richtlijn de aanbevelingen voor de Nederlandse praktijk te formuleren.

Het betreft modulaire vraagstellingen over doodgeboorte bij eenling zwangerschappen, na 24 weken zwangerschapsduur. Beleid voor, tijdens en na de bevalling en adviezen voor volgende zwangerschappen worden besproken.

Aanbevelingen over de psycho-sociale effecten en begeleiding zijn gericht op algemene aspecten voor de behandelend gynaecoloog. De verdere diagnostiek naar de oorzaak van IUVD is beschreven in de richtlijn “Intra uteriene sterfte” van de NVOG. De wijze waarop de inductie kan worden nagestreefd wordt beschreven in de richtlijn “Inductie van de baring” van de NVOG, Wet en regelgeving aspecten staan in de NVOG Nota: “Wet en regelgeving bij perinatale sterfte”.

2. Definitie

In de Engelse literatuur betekent “stillbirth”: doodgeboorte, de geboorte van een baby zonder tekenen van leven, na 24 weken. Bij intra uteriene vruchtdood, of foetale sterfte (IUVD) is het zeker dat het kind in utero overleden is voor het begin van de bevalling. In dit verband worden ante-, durante-partu, en neonatale sterfte onderscheiden. De perinatale sterfte is alle sterfte na 22 weken, tot en met de eerste levensweek.

Tegenwoordig wordt ook de eerste maand sterfte hierbij gerekend. In Nederland wordt geregistreerd vanaf 22 weken zwangerschapsduur en tot 4 weken post-partum. In 2010 registreerde de PRN 176.324 partus, 173.189 eenlingen, 623 IUVD, en 897 perinatale sterfte. De IUVD-percentages zijn minder gedaald als onderdeel van de perinatale sterfte dan de durante partu of neonatale sterfte. Stijgende maternale leeftijd, roken en adipositas zijn als onafhankelijke risicofactoren benoemd voor IUVD², deze nemen toe en kunnen de oorzaak van de relatief mindere daling zijn.³

Naast de lichamelijke effecten, heeft het meemaken van perinatale sterfte een grote impact op ouders, hun familie en de hulpverleners. Het is nog steeds een ondergewaardeerd en onderschat probleem.⁴

3. Werkwijze

De basis voor deze richtlijn vormt de Engelse RCOG-richtlijn “Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth”. Deze richtlijn is vertaald en waar nodig aangepast aan de Nederlandse situatie. Iedere paragraaf begint met aanbevelingen, gevolgd door een toelichting op de aanbevelingen gebaseerd op de beschikbare literatuur. De mate van bewijskracht van de aanbevelingen en de gebruikte literatuur zijn aangegeven zoals in de oorspronkelijke RCOG richtlijn. Dit wordt toegelicht in bijlage 1.

4. Diagnose foetale sterfte (IUVD)

4.1 Wat is de beste methode voor het vaststellen van een IUVD?

De werkgroep is van mening dat auscultatie en CTG niet gebruikt dienen te worden om een IUVD te bevestigen. **D**

De werkgroep is van mening dat bij het vermoeden van de diagnose IUVD echo-onderzoek direct is aangewezen. **D**

De werkgroep is van mening dat supervisie of een tweede mening geadviseerd wordt. **D**

De werkgroep is van mening dat uitleg over het voelen van passieve kindsbewegingen aangewezen is, echo-onderzoek kan zo nodig herhaald worden. **D**

Toelichting

Auscultatie met een stethoscoop of met een Doptone is onvoldoende accuraat voor de diagnose. In 70 zwangerschappen waar het hart niet te horen was met behulp van auscultatie, waren 22 vitale foetussen.⁵

Bewijskrachtniveau B

Echoscopisch onderzoek kan lastig zijn bij voorbeeld als gevolg van obesitas en/of oligohydramnion, maar met behulp van kleuren Doppler van het hart en de navelstreng kan het onderzoek verbeterd worden.

Er kunnen echoscopische afwijkingen worden gevonden secundair aan de IUVD zoals overlappende schedelbeenderen,⁶ hydrops, maceratie. Gasophoping (in het hart, aderen en gewrichten) is een kenmerk van een IUVD die het echoscopisch onderzoek bemoeilijken.^{7,8}

Bewijskrachtniveau C

Echoscopische bevindingen als ernstige maceratie en hydrops kunnen met de ouders besproken worden.

De diagnose abruptio placentae is met echo niet sensitief (tot 15%) genoeg vast te stellen. Zelfs grote abruptio's kunnen worden gemist.⁸

Bewijskrachtniveau C

4.2 Wat is het beste beleid direct na het vaststellen van een IUVD?

De werkgroep is van mening dat direct na het vaststellen aangeboden dient te worden partner, familie en/of vrienden te bellen, wanneer de patiënte alleen gekomen is. **D**

Het is aannemelijk dat gesprekken ter ondersteuning dienen te zijn van de keuzes van patiënte en partner. **B**

De werkgroep is van mening dat ouders geschreven informatie dienen te krijgen om de mondelinge informatie aan te vullen **D**

De werkgroep is van mening dat verdere diagnostiek zoals obductie en een eventueel genetisch consult voor de bevalling reeds met de ouders besproken dient te worden **D**

Toelichting

Een IUVD is vaak plotseling en onverwacht. Cruciaal is om de emoties en behoeften van de moeders en hun partners te onderkennen.⁹ Deze empathische benadering heeft als doel gedachten en wensen van de vrouw te achterhalen zonder deze te willen sturen. Vrouwen met een IUVD en hun partners waarderen acceptatie en onderkenning van hun emoties.¹⁰

Bewijskrachtniveau C

Empathische technieken, die kunnen bijdragen tot een beter herstel, kunnen aangeleerd worden als een vaardigheid.¹¹

Bewijskrachtniveau D

Verlies van een zwangerschap maakt kwetsbaar; opgelegde zorg kan de psychologische impact verergeren.¹²

Bewijskrachtniveau B

In een studie van 808 families die te maken hadden met een IUVD is aangetoond dat de besluiten omtrent welke zorg er nodig is, erg kunnen verschillen van individu tot individu.¹³

Bewijskrachtniveau C

Zorgverleners zouden ouders niet moet overreden in de keuzes die gemaakt moeten worden of hun keuzevrijheid beperken. Het is goed in een eerste gesprek na het vaststellen van een IUVD de keuzevrijheid van ouders in besluiten te benadrukken.¹⁴

Bewijskrachtniveau B

Continuïteit in zorgverleners en geschreven informatie worden bij elke complicatie in de zwangerschap door de zwangere gewaardeerd.¹⁵

Bewijskrachtniveau C

Als artsen in geval van perinatale sterfte de tijd nemen voor het counselen ten opzichte van obductie zal het aantal obducties stijgen, met als gevolg een toename van het aantal bekende doodsoorzaken en de mogelijkheid tot preventie¹⁶

Bewijskrachtniveau B

Zorgverleners vinden het bespreken van een obductie soms lastig.

Als ouders meer behoefte hebben aan kennis, kiezen ze eerder voor een obductie. Ouders bij wie deze behoefte minder aanwezig is, zien vaak af van een obductie. Het lijkt niet zozeer afhankelijk te zijn van religie, angst voor de obductie zelf of wat er met de baby gebeurt.¹⁷ In een ander artikel komt naar voren dat ouders obductie belangrijk vinden. Goede counseling in begrijpelijke taal is de belangrijkste factor voor de toezegging voor obductie.¹⁸ Emotionele, praktische en psychosociale zaken kunnen als barrière werken in het gesprek over obductie tussen zorgverlener en patiënten. Goede voorlichting aan zorgverleners over het belang van obductie is vereist om beter te kunnen counsellen en te begeleiden met het in acht nemen van grote individuele verschillen.¹⁹ Religieuze en culturele verschillen moeten worden onderkend in de counseling.¹⁶

Na het weigeren van obductie heeft 34,4 % spijt van deze beslissing tegenover 17,4% die spijt heeft na het toezeggen van de obductie.¹⁹

5. Voorzorgsmaatregelen bij het bepalen van het geslacht

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat ouders geïnformeerd dienen te worden over de mogelijkheid dat het geslacht moeilijk te bepalen is als de baby geboren is. | D |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat twee ervaren zorgverleners de genitalia externa dienen te inspecteren wanneer er sprake is van een extreme prematuur of een ernstig gemacereerd of hydropisch kind. | D |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| Het is aannemelijk dat wanneer er nog twijfel is over het geslacht aanvullend onderzoek (zoals een QF-PCR of FISH) dient te worden aangeboden. | B |
|---|----------|

Toelichting

Het geslacht van de baby kan moeilijk te bepalen zijn. Het geslacht niet goed kunnen beoordelen kan ernstige emotionele problemen veroorzaken bij de ouders. Er zijn gevallen waarin zorgverleners niet twijfelden over het geslacht, maar dat het achteraf niet juist bleek te zijn. Extreme prematuriteit, maceratie en hydrops kan het moeilijk maken om het geslacht bepalen. Bij twijfel kan ook een consult klinische genetica worden overwogen omdat veel syndromen samengaan met een abnormale geslachtelijke ontwikkeling. In overleg kan het geslacht meestal binnen 2 à 3 werkdagen bepaald worden. Als er twijfel is over het geslacht, dient het geslacht nog niet te worden afgegeven aan de ouders.

Als er twijfel is kan huid- navelstreng of placentaweefsel gebruikt worden voor genetische testen, zelfs van gemacereerde baby's.²⁰

Bewijskrachtniveau C

QF-PCR kan binnen 2 dagen in 99,9% van de gevallen het geslacht bepalen.²¹ Als QF-PCR en/of Fish falen, kan het geslacht bepaald worden met behulp van andere methoden.²²

Bewijskrachtniveau B

Wanneer het geslacht niet duidelijk is, kiezen sommige ouders ervoor om het geslacht niet te bepalen met behulp van testen, maar beoordelen zelf of baseren het geslacht op

een eerdere echo. Doodgeboren baby's kunnen worden geregistreerd ook als het geslacht niet bekend is.

6. Bevalling bij IUVD

6.1 Wat zijn de aanbevelingen voor wanneer, en op welke manier te bevallen?

Er zijn aanwijzingen dat aanbevelingen over de bevalling rekening dienen te houden met de voorkeur van de moeder, haar medische conditie en haar obstetrische voorgeschiedenis. **C**

De werkgroep is van mening dat wanneer er sprake is van een sepsis, pre-eclampsie, abruptio placentae of gebroken vliezen geadviseerd wordt spoedig te bevallen. Wanneer deze factoren niet aanwezig zijn, kan de bevalling uitgesteld worden. **D**

De werkgroep is van mening dat gezonde vrouwen geïnformeerd kunnen worden dat een korte periode wachten tot de bevalling geen kwaad kan. Bij uitstel bestaat het risico op medische complicaties en op meer angst. Vrouwen die de bevalling langer dan 48 uur uitstellen, dienen geadviseerd te worden twee keer per week bloed te laten controleren op diffuse intravasale stolling. **D**

De werkgroep is van mening dat er besproken dient te worden dat de waarde van het postmortem onderzoek daalt bij een groter interval tussen tijdstip van vaststellen van de IUVD en de bevalling. **D**

De werkgroep is van mening dat er besproken dient te worden dat bij een groter interval tussen tijdstip van vaststellen van de IUVD en de bevalling het kind er minder fraai kan uitzien. **D**

De werkgroep is van mening dat een vaginale bevalling absoluut de voorkeur verdient. **D**

De werkgroep is van mening dat aanbevolen wordt een checklist op de verloskamers te hebben om af te vinken wat besproken en gedaan moet worden na een perinatale sterfte **D**

Toelichting

Meer dan 85% van alle vrouwen met een IUVD bevalt spontaan binnen drie weken na de diagnose.^{23,24} Het risico van expectatief beleid gedurende de eerste 48 uur is laag.²³⁻²⁶ Het risico op maternale DIC is 10% tot 4 weken na het vaststellen van de IUVD en neemt daarna toe.²⁷

Bewijskrachtniveau C

Een Zweedse studie heeft aangetoond dat een interval van 24 uur of meer tussen het tijdstip van vaststellen van de IUVD en de start van de bevalling tot meer angst leidt.²⁸ Bij een inductie kan in 90% een vaginale bevalling binnen 24 uur worden bereikt.²⁹ Vaginaal bevallen heeft het voordeel van een sneller herstel en ontslag naar huis.

Een sectio is soms geïndiceerd vanwege maternale conditie. De patiënte kan zelf om een sectio vragen vanwege angst voor de bevalling of het niet willen bevallen van een dode baby³⁰. Goede voorlichting over de voordelen van een vaginale bevalling ten opzichte van een sectio³¹ en goede voorlichting over de mogelijkheid voor pijnstilling dient gegeven te worden. Een vaginale bevalling heeft sterk de voorkeur.

Hoewel de ervaring met vaginaal uitgevoerde destructieve operaties van de foetus waarschijnlijk weinig is, worden in de MOET manual deze bij volledige ontsluiting aanbevolen om met uitdrukkelijk moederlijk consent een sectio te voorkomen.³²

Bewijskrachtniveau B

Dit vraagt om zorgvuldige counseling en gezamenlijke besluitvorming.

6.2 Aanbevelingen voor faciliteiten tijdens de bevalling.

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat vrouwen met een IUVD dienen te bevallen in een omgeving waar alle zorg aanwezig is die past bij hun klinische conditie. | D |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat bij een zwangere met een IUVD er rekening dient te worden gehouden met een eventuele slaappleaats voor de partner en/of ander gezelschap en geluiden van andere vrouwen met baby's. | D |
|---|----------|

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat een ervaren zorgverlener bij de bevalling betrokken dient te zijn. | D |
|--|----------|

6.3 Aanbevelingen voor antibiotische therapie tijdens de bevalling.

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat routinematig antibiotica niet geadviseerd wordt. | D |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| Er zijn aanwijzingen dat een sepsis behandeld dient te worden met breed spectrum antibiotica (inclusief antichlamydia). | C |
|--|----------|

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat antibiotica profylaxe bij vrouwen gekoloniseerd met streptokok groep B om deze reden niet geadviseerd wordt. | D |
|--|----------|

Toelichting

Een complicatie van een IUVD is een ernstige infectie door een grote verscheidenheid aan bacteriën, inclusief een systemische chlamydia infectie.³³ Onafhankelijk van de doodsoorzaak kan de foetus een focus zijn van secundaire infectie, inclusief gasvormende clostridium soorten, die kunnen resulteren in een ernstige DIC.^{34,35}

In 1 studie, ontwikkelden 3,1% van de vrouwen met een IUVD tekenen van sepsis tijdens de bevalling.²⁹

Bewijskrachtniveau C

Inductie met behulp van prostaglandines kan koorts veroorzaken.³⁶

Bewijskrachtniveau A2

Bij streptokok groep B dragerschap wordt bij risicofactoren alleen antibiotische profylaxe gegeven om het risico op neonatale infectie te reduceren. Dus in het geval van een IUVD is dit niet geïndiceerd.

6.4 Pijnstilling tijdens de bevalling

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat de patiënte voor de bevalling informatie over pijnbestrijding dient te krijgen. | D |
|---|----------|

Pijnstilling durante partu is belangrijk voor vrouwen met een IUVD. Een studie met 314 vrouwen met een IUVD en 322 met een levend kind toonde aan dat 17% van de vrouwen met een IUVD de bevalling fysiek erg zwaar vonden ten opzichte van 10% van de vrouwen met een levend kind. Er werd meer pijnstilling gegeven bij de bevalling van een IUVD.²⁸

Bewijskrachtniveau B

Pijnstilling moet op elk moment van de bevalling kunnen worden aangeboden. In overleg met de anesthesist wordt op basis van de klinische conditie van patiënte besloten wat de beste manier van pijnstilling is. Epidurale analgesie heeft de voorkeur. Zie de gezamenlijke richtlijn ‘Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling’ (2008) van de NVA³⁷ (Nederlandse Vereniging voor Anaesthesiologie) en de NVOG.³⁸

7. Het kraambed

7.1 Zorg in het ziekenhuis

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat vrouwen verzorgd dienen te worden in een omgeving waarin rekening gehouden wordt met de klinische toestand van patiënte. | D |
|--|----------|

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat vrouwen de mogelijkheid dienen te krijgen verzorgd te worden in een omgeving met voldoende privacy. | D |
|---|----------|

7.2 Criteria voor tromboseprofylaxe

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat een IUVD geen onafhankelijke risicofactor voor trombose is. | D |
|---|----------|

De gangbare richtlijnen moeten worden gevolgd voor trombose profylaxe.^{39,40}

7.3 Mogelijkheden om de lactatie te onderdrukken

| | |
|--|----------|
| Het is aangetoond dat vrouwen geïnformeerd dienen te worden over het feit dat 1/3 van de vrouwen die kiezen voor niet-medicinale maatregelen om de lactatie te remmen buitensporig ongemak ervaren. | A |
|--|----------|

Het is aangetoond dat dopamine agonisten de lactatie onderdrukken en weinig bijwerkingen hebben. Cabergoline is eerste keus. **A**

De werkgroep is van mening dat dopamine agonisten gecontra-indiceerd zijn bij pre-eclampsie en hypertensie. **D**

De werkgroep is van mening dat oestrogenen niet voorgeschreven dienen te worden om de lactatie te onderdrukken. **D**

Toelichting

Voor vrouwen met een IUVD is het psychologisch belangrijk om de lactatie te onderdrukken. Eenderde van de vrouwen die kiest voor een voor methode als een stevige bh, ijspackage en pijnstilling voor het onderdrukken van lactatie ervaart nog ernstige pijn in de borsten.⁴³

Bewijskrachtniveau A1

Een placebo gecontroleerde gerandomiseerd onderzoek laat zien dat bromocriptine in meer dan 90% van de gevallen de lactatie succesvol onderdrukt met weinig bijwerkingen.⁴⁴ Bromocriptine is significant meer effectief dan borst bindmiddelen.⁴⁵

Bewijskrachtniveau A2

In een dubbel geblindeerd gerandomiseerd onderzoek is in een groep van 272 vrouwen eenmalig 1 mg cabergoline vergeleken met bromocriptine 2,5 mg 2dd gedurende 14 dagen. De twee behandelingen waren even effectief, maar cabergoline is makkelijker in gebruik en er was minder sprake van opnieuw stuwings.⁴⁶

Bewijskrachtniveau A1

De gevonden studies includeren voornamelijk vrouwen die a terme zijn bevallen zonder wens om borstvoeding te geven. Uit de praktijk blijkt wel dat vanaf 22 weken (bijv. na afbrekingen) al over stuwings geklaagd kan worden.

Voorgeschreven kan worden cabergoline; 1 mg (in 1 dosis) gedurende de eerste dag post partum. Bij onvoldoende remming van de lactatie deze dosis ten minste 48 uur na de eerste toediening herhalen.

Dopamine agonisten zijn gecontra-indiceerd bij vrouwen met hypertensie of pre-eclampsie.⁴⁷ Dopamine agonisten kunnen de bloeddruk doen toenemen en ze zijn geassocieerd met intracerebrale bloedingen.⁴⁸ Het is niet bewezen dat oestrogenen de lactatie onderdrukken en oestrogenen verhogen het risico op trombose.⁴⁹

Bewijskrachtniveau C

7.4 Informeren van andere zorgverleners

De werkgroep is van mening dat alle zorgverleners die betrokken zijn geweest bij de zwangerschap en de bevalling geïnformeerd dienen te worden over de gebeurtenissen. **D**

De werkgroep is van mening dat bestaande afspraken dienen te worden heroverwogen en zonodig afgezegd. Verloskamers zouden een lijst moeten hebben met iedereen die geïnformeerd moet worden. **D**

Toelichting

De betrokken zorgverleners moeten zich ervan verzekeren dat bestaande afspraken zijn afgezegd en dat alle betrokkenen geïnformeerd zijn. Te denken valt aan de verloskundige, de huisarts, de kraamzorg. Afspraken voor echo's en andere specialisten zoals de anaesthetist moeten worden afgezegd. Er zijn bedrijven die gratis producten verspreiden onder aanstaande moeders. Zonder in detail te treden en de vertrouwelijkheid te schaden kan overwogen worden hen op de hoogte te brengen en verzoeken deze producten niet te sturen. Meestal wordt gestuurd vanuit Felicitas Happy Service (088 5500185) of Prenatal Blijde Doos (0229 212872). Dit kan in de checklist worden toegevoegd.

8. Psychologische en sociale aspecten van zorg.

8.1 Psychologische problemen bij een IUVD

Het is aannemelijk dat zorgverleners er zich bewust van dienen te zijn dat moeders, partners en andere kinderen in het gezin een risico hebben op ernstige psychologische reacties inclusief een posttraumatische stress stoornis, maar dat hun reacties erg verschillend kunnen zijn. **B**

Toelichting

Perinatale sterfte is geassocieerd met een postnatale depressie.⁵⁰ Onverwerkt verdriet kan uitmonden in een post traumatische stress stoornis.^{51,52} "Perinatale sterfte is geassocieerd met postpartale depressie en posttraumatische stress stoornis (PTSS). Het is van belang te weten, dat 50% van de vrouwen met een PTSS ook een postpartale depressie heeft. PTSS blijft bestaan als het niet wordt behandeld. Met name zijn vrouwen met weinig sociale steun kwetsbaar.⁵³ Er bestaan eenvoudige screeningslijsten voor zowel postpartum depressie, de Edinburgh Postpartum Depression Scale, als voor PTSS, de TES. Beide lijsten zijn te vinden op www.lkpz.nl de website van het Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap. Bij aanwezigheid van depressie en/of PTSS dient verwezen te worden naar een traumatherapeut."

Bewijskrachtniveau C

Partners van vrouwen met een IUVD kunnen ook ernstige rouwreacties vertonen, maar de prevalentie is niet precies bekend. Mannen hebben minder schuldgevoelens, angst en depressieve gevoelens dan vrouwen, maar ook zij

kunnen een posttraumatische stress stoornis ontwikkelen.⁵⁴ Een verschil in rouwreactie tussen partners komt vaker voor na een IUVD dan na een neonatale sterfte en is een risicofactor voor verlengde en abnormale rouwreacties.⁵⁵

Bewijskrachtniveau B

Ouders die een doodgeboorte hebben meegemaakt, hebben 40% meer kans om te gaan scheiden dan ouders met een levendgeboren kind.⁵⁶

8.2 Welke interventies dragen bij aan een beter psychologisch herstel?

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat zorgverleners rekening dienen te houden met verschillende culturele benaderingen ten opzichte van de dood. | D |
|--|----------|

| | |
|---|----------|
| Het is aangetoond dat aan alle ouders psychosociale ondersteuning dient te worden aangeboden middels op het onderwerp ervaren maatschappelijk werkers, psychologen, geestelijk verzorgers of anderszins. | A |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat er overwogen dient te worden om grootouders en kinderen ook deze ondersteuning aan te bieden. | D |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| De werkgroep is van mening dat ouders informatie dienen te krijgen over verenigingen van lotgenoten. | D |
|---|----------|

Toelichting

Psychologische problemen komen vaker voor bij ouders zonder psychologische hulp.⁵⁷ Toch zijn onderzoeken naar voor- en nadelen van psychologische hulp na perinatale sterfte schaars.⁵⁸

Bewijskrachtniveau A2

In interviews met vrouwen na een IUVD blijkt dat veel van deze vrouwen met name begrip en onderkenning van hun verdriet van zorgverleners willen.⁵⁹

Bewijskrachtniveau B

Schuldgevoelens blijken vaak voor te komen, maar niet worden uitgesproken.⁶⁰ Zorgverleners moeten de soms ontorechte ideeën boven water krijgen en bespreekbaar maken.

Andere familieleden kunnen ook erg aangeslagen zijn door een perinatale sterfte. Uit een studie blijkt dat grootouders een sterke behoefte hebben om hun kinderen te beschermen. Zij willen informatie over hoe ze hun kinderen kunnen helpen met het verlies, hoe lang verdriet duurt en de verschillen tussen rouwreactie van man en vrouw. De andere kinderen in het gezin hebben vaak de behoefte om de familieband weer te herstellen.⁶¹

Bewijskrachtniveau C

Ouder-kind-relaties kunnen worden verstoord wanneer de ouders niet goed kunnen omgaan met hun verdriet. Sommige ouders geven aan hulp te willen bij het uitleggen aan hun andere kinderen en hen te helpen bij hun verdriet.

Lotgenotenvereniging zijn stichting Lieve Engeltjes (www.lieve-engeltjes.nl) en Vereniging Ouders van een Overleden Kind (www.vook.nl). Voor reformatorische ouders is er een lotgenotenvereniging 'In de knop gebroken', www.indeknopgebroken.nl.

8.3 Wat is het bewijs voor vasthouden, een naam geven en herinneringen maken van het overleden kind?

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners ouders niet dienen te overreden om contact te maken met hun doodgeboren baby, maar moeten het wel ondersteunen als het verlangen uitgesproken wordt. C

De werkgroep is van mening dat als de baby een naam heeft gekregen, zorgverleners de naam dienen te gebruiken, ook in follow up afspraken. D

Er zijn aanwijzingen dat aangeboden dient te worden om tastbare herinneringen te maken, maar ouders moeten niet hiertoe worden gedwongen. C

Er zijn aanwijzingen dat op de verloskamers de mogelijkheid dient te zijn om foto's, hand- en voetafdrukken te maken en haarlokjes af te nemen. C

De werkgroep is van mening dat voor medische foto's mondeling toestemming gevraagd dient te worden en officiële voorschriften moeten worden nageleefd. D

De werkgroep is van mening dat wanneer ouders geen aandenken willen, er aangeboden dient te worden om de aandenken te bewaren in een persoonlijk dossier of aan te bieden in een gesloten envelop wanneer zij in de toekomst van gedachten veranderen. D

De werkgroep is van mening uitgelegd dient te worden dat kleren kunnen verkleuren als er sprake is van maceratie. D

Toelichting

Veel ouders zeggen expliciet hun kind te willen zien en vasthouden.¹³

Bewijskrachtniveau C

Er is een studie die een positief effect, zoals beter kunnen slapen en minder hoofdpijn, van zien en vasthouden van de baby aantoont.⁶² Ook zijn er studies die juist negatieve effecten aantonen van het zien van de baby nadat dit actief aangemoedigd werd. Het vasthouden van de baby is geassocieerd met meer depressieve gevoelens dan het alleen zien van de baby. De vrouwen die hun baby niet zagen waren het minst depressief. Het zien van de baby leidt tot meer angst en meer symptomen van post traumatische stress stoornis. En volgende kinderen toonden meer hechtingsproblemen.¹²

Bewijskrachtniveau B

Sommige ouders geven hun kind een naam, andere niet. Voor de wet kan beide, maar als de naam van het kind geregistreerd staat, kan het niet meer veranderd worden.

Het houden van tastbare herinneringen is niet geassocieerd met negatieve uitkomsten¹⁵ en studies hebben aangetoond dat ouders ze erg waarderen.^{28,63}

Bewijskrachtniveau C

8.4 Welk advies moet gegeven worden over cyclusherstel?

Er zijn aanwijzingen dat voordat vrouwen het ziekenhuis verlaten ze advies dienen te krijgen over cyclusherstel. **C**

Toelichting

Vrouwen na een doodgeboorte zijn meer kwetsbaar voor psychologische problemen wanneer ze snel weer zwanger zijn.^{52,54} Wanneer de lactatie onderdrukt wordt, kan een vrouw zelfs al binnen 18 dagen weer vruchtbaar zijn.⁶⁴

Bewijskrachtniveau B

Sommige vrouwen zijn zich niet bewust van het feit dat ze vruchtbaar zijn vóór de eerste menstruatie.

9. Follow-up

9.1 De mogelijkheden voor follow up

De werkgroep is van mening dat overlegd dient te worden met de ouders wanneer zij een follow-up-afspraak willen. **D**

De werkgroep is van mening dat deze afspraak goed dient te worden voorbereid en dat alle uitslagen bij de hand dienen te zijn. **D**

Toelichting

Er is geen bewijs over de beste timing van een follow up afspraak en/of hoe vaak een afspraak gemaakt moet worden. Er moet rekening mee gehouden worden dat het voor ouders vaak erg belastend is om weer in het ziekenhuis te komen. Vaak wordt een afspraak na 6-8 weken gemaakt omdat het placenta-onderzoek en het postmortem onderzoek dan meestal bekend is, maar ouders en sommige onderzoeken vragen een flexibele benadering. De werkgroep is van mening dat een eerder (telefonisch) contact zeer gewaardeerd wordt en zo kan de zorgverlener een vinger aan de pols houden met betrekking tot de verwerking.

9.2 Wat zijn de aanbevelingen voor de inhoud van een follow-up-afspraken?

De werkgroep is van mening dat ouders geïnformeerd dienen te worden over de oorzaak, kans op herhaling en hoe herhaling te voorkomen. **D**

Er zijn aanwijzingen dat algemene preconceptionele adviezen gegeven dienen te worden, inclusief stoppen met roken. **C**

Het is aannemelijk dat vrouwen geadviseerd dienen te worden niet aan te komen wanneer ze al overgewicht hebben (BMI>25) en afvallen te overwegen. De werkgroep is van mening dat dit advies overigens niet direct in het eerste follow-up-gesprek aan de orde komt. **B**

Er zijn aanwijzingen dat aangeboden dient te worden de voordelen te bespreken van het wachten met een nieuwe zwangerschap tot belangrijke psychologische problemen zijn verbeterd of verdwenen. **C**

Het is aangetoond dat moeders vaak meer psychische problemen ervaren wanneer ze snel weer zwanger zijn, daarentegen ervaren partners meer psychologische problemen als een nieuwe zwangerschap wordt uitgesteld. **A**

Het is aannemelijk dat ouders geadviseerd kunnen worden dat in het algemeen geldt dat wanneer de tijd tussen twee zwangerschappen korter is dan zes maanden de kans op medische problemen in een volgende zwangerschap significant groter is, maar dat de absolute kans klein is . **B**

De werkgroep is van mening dat, hoewel dit altijd belangrijk is, de inhoud van het hele gesprek dient te worden vastgelegd inclusief een overeengekomen plan voor een volgende zwangerschap. **D**

Toelichting

Sommige ouders komen met een lijstje vragen naar de afspraak. Dit kan als een soort handvat voor de agenda van het gesprek gebruikt worden. Tijdens de afspraak is ruimte om te vragen hoe het fysiek en psychisch met de moeder/ouders gaat. Tevens worden resultaten van onderzoeken besproken en de meest waarschijnlijk oorzaak van de sterfte. De prognose van een eventuele volgende zwangerschap kan aan de orde komen en de opties om herhaling te voorkomen. Algemene preconceptionele adviezen als leefstijl, foliumzuur worden besproken. Ouders willen vaak een open en eerlijk gesprek met mogelijkheid tot opmerkingen, vragen en/of bezorgdheden. Als zorg niet optimaal is geweest, dan moet dit onderkend worden, er moet van geleerd worden en er moet in de toekomst betere zorg geleverd worden.

Kwetsbaarheid voor depressie en angst in een volgende zwangerschap is gerelateerd aan de tijd tussen de IUVD en het weer zwanger worden.⁶² Moeders ervaren vaak meer psychische problemen wanneer ze snel weer zwanger zijn,

daarentegen ervaren partners meer psychologische problemen als een nieuwe zwangerschap wordt uitgesteld.⁶⁶

Bewijskrachtniveau B

Studies en een meta-analyse in de algemene populatie laten zien dat een periode van korter dan 6 maanden tussen bevalling en het begin van de volgende zwangerschap geassocieerd is met een verhoogd risico op vroeggeboorte, laag geboortegewicht en te klein voor de zwangerschapsduur. Het absolute risico blijft echter laag.^{67,68}

Bewijskrachtniveau A1

Er is een verhoogd risico op een doodgeboorte bij vrouwen die roken. Vrouwen die gestopt zijn met roken hebben een even grote kans op een doodgeboorte als vrouwen die nooit gerookt hebben (OR1.6 (95% CI 1.2–2.3)).⁶⁹

Bewijskrachtniveau B

Er is een verhoogd risico bij vrouwen met overgewicht (BMI>30) op een doodgeboorte OR 1.4 to 2.6.^{2,41,42,70}

Bewijskrachtniveau A1

Er is een verhoogd risico op een IUVD als er sprake is van gewichtstoename bij een BMI>25 ten opzichte van vrouwen met een stabiel gewicht (OR 1.63, 95% CI 1.20–2.21).⁷¹

Bewijskrachtniveau B

10. Zwangerschap na een IUVD

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat de voorgeschiedenis van de doodgeboorte duidelijk vermeld dient te worden in de zwangerschapskaart. Alle notities dienen te worden gelezen voordat mevrouw gezien wordt. | D |
|--|----------|

| | |
|---|----------|
| Het is aannemelijk dat bij een IUVD in de voorgeschiedenis 2^{de} lijns zorg wordt aanbevolen. | B |
|---|----------|

| | |
|--|----------|
| De werkgroep is van mening dat bij vrouwen met een IUVD in de voorgeschiedenis in een volgende zwangerschap gecontroleerd dient te worden op zwangerschapsdiabetes. | D |
|--|----------|

Toelichting

Een zwangerschap na een onverklaarde IUVD bij vrouwen met een laag risicoprofiel heeft meer risico's. Het risico op sterfte durante partu is verhoogd(95% CI 4.5–33.7).⁷² Er is een toegenomen kans op pre-eclampsie (OR 3.1, 95% CI 1.7–5.7) en op een abruptio (OR 9.4, 95% CI 4.5–19.7).⁷³

Evidence level 2+

Een andere studie laat zien dat er een verhoogd risico is op ischemie van de placenta, foetale nood, chorioamnionitis, extreme vroeggeboorte en vroege

neonatale mortaliteit in zwangerschappen na een doodgeboorte vergeleken met zwangerschappen na een levendgeborene.⁷⁴

Bewijskrachtniveau B

Het toegenomen risico was onafhankelijk van terugkerende maternale conditie en congenitale afwijkingen.⁷⁵ Wanneer gecorrigeerd wordt voor bekende risicofactoren is het risico op een IUVD in een volgende zwangerschap groter.⁷⁵

Het blijkt dat vrouwen met een onverklaarde IUVD een 4 keer hoger risico hebben op diabetes gravidarum.⁷⁶ Een significant deel van de onverklaarde IUVD worden postnataal beoordeeld als groeivertraagd.^{77,78}

Bewijskrachtniveau B

Het maken van meerdere echo's tijdens een volgende zwangerschap is niet bewezen zinvol, maar kan wel geruststellend werken voor de ouders.

10.1 Welke aanbevelingen moeten er gemaakt worden ten aanzien van de bevalling na een eerdere zwangerschap met onverklaarde doodgeboorte?

De werkgroep is van mening dat een onverklaarbare IUVD in de anamnese een indicatie is om in het ziekenhuis te bevallen.

D

De werkgroep is van mening dat wanneer de moeder vraagt om een geplande inleiding dat goed overwogen dient te worden rekening houdend met de zwangerschapsduur van de IUVD, de obstetrische voorgeschiedenis, en de veiligheid van de inleiding.

D

Toelichting

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met een IUVD een groter risico hebben om opnieuw een IUVD te krijgen bij een zwangerschapsduur van 20-28 weken dan na 29 weken.⁷² Er zijn geen studies die bewezen hebben dat inleiden voor de foetus een betere uitkomst geeft. Een studie wijst uit dat er meer geplande inleidingen zijn na een onverklaarde IUVD en dat dit gepaard gaat met meer kunstverlossingen en spoedsectio's.⁷³

Bewijskrachtniveau B

Deze complicaties zijn waarschijnlijk iatrogen, het resultaat van de obstetrische interventie.⁷⁹

Bewijskrachtniveau C

10.2 Welke aanbevelingen zijn er voor de zorg voor de moeder na de volgende bevalling?

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners er zich bewust van dienen te zijn dat vrouwen met een IUVD in de voorgeschiedenis kwetsbaar zijn voor een postpartum depressie.

C

Er zijn aanwijzingen dat zorgverleners zich ervan bewust dienen te zijn dat er hechtingsproblemen kunnen zijn.

C

Toelichting

De geboorte van een gezonde baby compenseert niet het verlies en kan opnieuw verdriet veroorzaken. Het ene moment zijn moeders blij en het andere zijn ze verdrietig. Onderzoek heeft aangetoond dat een depressie in het derde trimester voorspellend is voor een depressie 1 jaar na de geboorte, met name de vrouwen die binnen 12 maanden weer opnieuw zwanger zijn.⁶⁵ Onverwerkt verdriet van de moeder kan zich uiten in hechtingsproblemen met volgende kinderen.⁸⁰

Bewijskrachtniveau B

11. Werkhervatting

Bij een partus voor 24 weken heeft de moeder geen wettelijk recht op bevallingsverlof. In de richtlijn zwangerschap, post partum periode en werk van de NVAB (<http://nvab.artsennet.nl/Artikel-3/Zwangerschap-postpartumperiode-en-werk.htm>) wordt op bladzijde 30 een standaardherstelperiode van 4 weken aangeraden om het geestelijk en lichamelijk herstel te bevorderen. Ook dan is het raadzaam als de moeder snel contact opneemt met haar leidinggevende, dan wel arbodienst.

12. Welke aanbevelingen zijn er wat betreft zorg voor zorgverleners?

De werkgroep is van mening dat klinische en psychologische ondersteuning voor zorgverleners die te maken hebben gehad met een IUVD aanwezig dient te zijn. **D**

In een enquête onder 804 artsen die te maken hebben gehad met een perinatale sterfte, heeft 75% aangegeven dat de gebeurtenis emotioneel zwaar was. Uit onderzoek is gebleken dat 1 op de 10 obstetrici overwogen heeft te willen stoppen met de obstetrie in verband met emotionele moeilijkheden na een patiënte met een doodgeboorte. De meeste dokters praten informeel met collega's en familie om hun gevoelens een plaats te geven. Vertrouwelijkheid is hierin belangrijk. Het trainen van zorgverleners kan families, maar ook zorgverleners helpen beter te leren omgaan met hun emoties.⁸¹

Bewijskrachtniveau B

Referenties

1. Green-top guideline 55: Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Londen: RCOG; 2010.
2. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1923–35.
3. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). *Perinatal Mortality 2006: England, Wales and Northern Ireland*.
4. Flenady, V., Middleton, P., Smith, G.C., Duke, W., Erwich, J.J., Khong, T.Y., Neilson, J., Ezzati, M., Koopmans, L., Ellwood, D., Fretts, R., Frøen, J.F. Stillbirths: The way forward in high-income countries. *The Lancet* 2011;377 (9778), pp. 1703-1717
5. Platt LD, Manning FA, Murata Y, Keegan KA, Druzin ML, Socol ML. Diagnosis of fetal death in utero by real-time ultrasound. *Obstet Gynecol* 1980;55:191-3.
6. Zeit RM. Sonographic demonstration of fetal death in the absence of radiographic abnormality. *Obstet Gynecol* 1976;48 1 Supp 9.
7. Weinstein BJ, Platt LD. The ultrasonic appearance of intravascular gas in fetal death. *J Ultrasound Med* 1983;2:451–4.
8. McCully JG. Gas in the fetal joints: a sign of intrauterine death. *Obstet Gynecol* 1970;36:433–6.
9. Lalor JG, Begley CM, Devane D. Exploring painful experiences: impact of emotional narratives on members of a qualitative research team. *J Adv Nurs* 2006;56:607–16.
10. McCreight BS. Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega (Westport)* 2008;57:1–19.
11. Buckman R. Communications and emotions. *BMJ* 2002;325:672.
12. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002;360:114–8.
13. Rand CS, Kellner KR, Revak-Lutz R, Massey JK. Parental behavior after perinatal death: twelve years of observations. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:44–8.
14. Fox R, Pillai M, Porter H, Gill G. The management of late fetal death: a guide to comprehensive care. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:4–10.
15. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002;360:114–8.
16. Gordijn SJ, Erwich JJHM, Yee Khong T. The perinatal autopsy: pertinent issues in multicultural western Europe. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 2007; 132:3-7
17. Andrew C, Breeze MB. Perinatal Postmortems: What is important tot parents and how do they decide? *Birth* 2012; 1:57-64
18. Rankin J, Wright C, Lind T. Cross sectional survey of parents' experience and views of the post mortems examination. *BMJ* 2002; 324:816

19. Heazell AE, McLaughlin MJ, Schmidt EB, Cox P, Flenady V, Khong TY, Downe S. A difficult conversation? The views of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortems after stillbirth. *BJOG* 2012; 119: 987-997
20. Derom C, Vlietinck R, Derom R, Boklage C, Thiery M, Van den Berghe H. Genotyping of macerated stillborn fetuses. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:797–800.
21. Cirigliano V, Voglino G, Cañadas MP, Marongiu A, Ejarque M, Ordoñez E, et al. Rapid prenatal diagnosis of common chromosome aneuploidies by QF-PCR. Assessment on 18 000 consecutive clinical samples. *Mol Hum Reprod* 2004;10:839–46.
22. Reddy UM, Page GP, Saade GR, Silver RM, Thorsten VR, Parker CB, Pinar H, Willinger M, Stoll BJ, Heim-Hall J, Varner MW, Goldenberg RL, Bukowski R, Wapner RJ, Drews-Botsch CD, O'Brien BM, Dudley DJ, Levy B; NICHD Stillbirth Collaborative Research Network. Karyotype versus microarray testing for genetic abnormalities after stillbirth. *N Engl J Med*. 2012 Dec 6;367(23):2185-93.
23. Goldstein DP, Reid DE. Circulating fibrinolytic activity – a precursor of hypofibrinogenemia following fetal death in utero. *Obstet Gynecol* 1963;22:174–80.
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline no. 70: Induction of labour. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008
25. Silver RM. Fetal death. *Obstet Gynecol* 2007;109:153–67.
26. Goldstein DP, Johnson JP, Reid DE. Management of intrauterine fetal death. *Obstet Gynecol* 1963;21:523–9.
27. Parasnis H, Raje B, Hinduja IN. Relevance of plasma fibrinogen estimation in obstetric complications. *J Postgrad Med* 1992;38:183–5.
28. Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjögren B. Psychological complications after stillbirth – influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* 1996;312:1505–8.
29. Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *BJOG* 2002;109:443–7.
30. Rådestad I, Nordin C, Steineck G, Sjögren B. A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth. *Midwifery* 1998;14:111–7.
31. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical guideline: Caesarean section. London: RCOG Press; 2004
32. Steel A et al. Management of complicated second stage of labor in stillbirths: a review of the literature and lessons learnt from two cases in the UK. *J Obstet Gynaecol*. 2009;29:464-466.
33. Flanagan PG, Westmoreland D, Stallard N, Stokes IM, Evans J. Ovine Chlamydiosis in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:382–5.

34. Catanzarite V, Schibanoff JM, Chinn R, Mendoza A, Weiss R. Overwhelming maternal sepsis due to a gas-forming *Escherichia coli* chorioamnionitis. *Am J Perinatol* 1994;11:205–7.
35. Braun U, Bearth G, Dieth V, Corboz L. [A case of disseminated intravascular coagulation (DIC) in a cow with endometritis and fetal death]. *Schweiz Arch Tierheilkd* 1990;132:239–45.
36. Van Mensel K, Claerhout F, Debois P, Keirse MJ, Hanssens M. A randomized controlled trial of misoprostol and sulprostone to end pregnancy after fetal death. *Obstet Gynecol Int* 2009;2009:496320.
37. Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. Richtlijn NVA 2008
38. Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling. Richtlijn NVOG 2008
39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-Top Guideline No. 37: Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. London: RCOG; 2009
40. Diagnostiek, preventie en behandeling veneuze trombo-embolie en secundair. NVOG richtlijn, 2009
41. Arendas K, Qiu Q, Gruslin A. Obesity in pregnancy: preconceptional to postpartum consequences. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30:477–88.
42. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 2005;112:403–8.
43. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: little progress in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1485–90.
44. Bhardwaj N. Inhibition of puerperal lactation: evaluation of bromocriptine and placebo. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1979;19:154–7.
45. Shapiro AG, Thomas L. Efficacy of bromocriptine versus breast binders as inhibitors of postpartum lactation. *South Med J* 1984;77:719–21.
46. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. European Multicentre Study Group for Cabergoline in Lactation Inhibition. *BMJ* 1991;302:1367–71.
47. British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. British National Formulary (BNF) 54. London: BMJ Publishing Group Ltd and RPS Publishing; 2007.
48. Iffy L, Zito GE, Jakobovits AA, Ganesh V, McArdle JJ. Postpartum intracranial haemorrhage in normotensive users of bromocriptine for ablactation. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1998;7:167–71
49. Niebyl JR, Bell WR, Schaaf ME, Blake DA, Dubin NH, King TM. The effect of chlorotrianisene as postpartum lactation suppression on blood coagulation factors. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:518–22.

50. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE clinical guideline 45: Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. London: NICE; 2007
51. Hughes P, Turton P, McGauley GA, Fonagy P. Factors that predict infant disorganization in mothers classified as U in pregnancy. *Attach Hum Dev* 2006;8:113–22.
52. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001;178:556–60.
53. Lake MF, Johnson TM, Murphy J, Knuppel RA. Evaluation of a perinatal grief support team. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1203–6.
54. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21:249–59.
55. Schaap AH, Wolf H, Bruinse HW, Barkhof-van de Lande S, Treffers PE. Long-term impact of perinatal bereavement. Comparison of grief reactions after intrauterine versus neonatal death. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75:161–7.
56. Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010;125:e1202–7.
57. Forrest GC, Standish E, Baum JD. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;285:1475–9.
58. Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008
59. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth* 2004;31:132–7.
60. Hsu MT, Tseng YF, Banks JM, Kuo LL. Interpretations of stillbirth. *J Adv Nurs* 2004;47:408–16.
61. DeFrain J. Learning about grief from normal families: SIDS, stillbirth, and miscarriage. *J Marital Fam Ther* 1991;17:215–32.
62. Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery* 2009;25:422–9.
63. Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001;28:124–30.
64. Kremer JA, van der Heijden PF, Schellekens LA, Thomas CM, Brownell J, Rolland R. Postpartum return of pituitary and ovarian activity during lactation inhibition with the new dopamine agonist CV 205-502 and during normal lactation. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1990;122:759–65.
65. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999;318:1721–4.
66. Turton P, Badenhorst W, Hughes P, Ward J, Riches S, White S. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *Br J Psychiatry* 2006;188:165–72.

67. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006;295:1809–23.
68. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. *BMJ* 2003;327:313.
69. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2001;154:322–7.
70. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:1175–82.
71. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Lancet* 2006;368:1164–70.
72. Sharma PP, Salihu HM, Kirby RS. Stillbirth recurrence in a population of relatively low-risk mothers. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21 Suppl 1:24–30.
73. Black M, Shetty A, Bhattacharya S. Obstetric outcomes subsequent to intrauterine death in the first pregnancy. *BJOG* 2008;115:269–74.
74. Getahun D, Lawrence JM, Fassett MJ, Strickland D, Koebnick C, Chen W, et al. The association between stillbirth in the first pregnancy and subsequent adverse perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:378.e1–6.
75. Heinonen S, Kirkinen P. Pregnancy outcome after previous stillbirth resulting from causes other than maternal conditions and fetal abnormalities. *Birth* 2000;27:33–7.
76. Robson S, Chan A, Keane RJ, Luke CG. Subsequent birth outcomes after an unexplained stillbirth: preliminary population-based retrospective cohort study. *Aus N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:29–35.
77. Vergani P, Cozzolino S, Pozzi E, Cuttin MS, Greco M, Ornaghi S, et al. Identifying the causes of stillbirth: a comparison of four classification systems. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:319.e1–4.
78. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ* 2005;331:1113–7.
79. Robson S, Thompson J, Ellwood D. Obstetric management of the next pregnancy after an unexplained stillbirth: an anonymous postal survey of Australian obstetricians. *Aus N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:278–81.
80. Hughes P, Turton P, Hopper E, McGauley GA, Fonagy P. Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:791–801.
81. Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. *Obstet Gynecol* 2008;112:29–34.

Bijlage 1 : Verantwoording en gradering van bewijs en aanbevelingen

Deze multidisciplinaire richtlijn is gebaseerd op de Britse Green-top guideline ‘Late intrauterine Fetal Death and Stillbirth’, gepubliceerd oktober 2010 door het Royal College of Obstetricians and Gynecologists en te vinden op de RCOG website. In 2013 wordt door de RCOG beoordeeld of herziening van de RCOG richtlijn nodig is. De mate van bewijskracht van de aanbevelingen en de gebruikte literatuur zijn aangegeven zoals in de NVOG richtlijnen gebruikelijk is.

Tabel: Indeling van onderzoeksresultaten naar mate van bewijskracht voor interventiestudies

| | |
|-----------|---|
| <i>A1</i> | Meta-analyses die tenminste enkele gerandomiseerde onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn. |
| <i>A2</i> | Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en met voldoende omvang en consistentie. |
| <i>B</i> | Gerandomiseerde klinische trials van mindere kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd: cohort studies, case-controlstudies) |
| <i>C</i> | Niet vergelijkend onderzoek |
| <i>D</i> | Mening van deskundigen |

Tabel: Indeling van de wetenschappelijke bewijsvoering voor een bepaalde bewering

| | | |
|-----------|--|---|
| <i>A1</i> | Niveau 1 | <i>Het is aangetoond dat.....; men dient.....</i> |
| <i>A2</i> | Niveau 1, indien ondersteund door tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken | <i>Het is aangetoond dat.....; men dient.....</i> |
| <i>B</i> | Niveau 2, indien ondersteund door tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken | <i>Het is aannemelijk dat...; men zou...moeten...</i> |
| <i>C</i> | Niveau 3 | <i>Er zijn aanwijzingen dat...; men kan...</i> |
| <i>D</i> | Niveau 4 | <i>De werkgroep is van mening dat.....</i> |

Colofon

© 2014. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Deze richtlijn, ontwikkeld door de Koepel Kwaliteit NVOG, is vastgesteld in de 617e ledenvergadering d.d. 22 mei 2014 te Leeuwarden. De richtlijn werd opgesteld door drs. MEH Schipper, AIOS gynaecologie, Afdeling Gynaecologie en Obstetrie Universitair Medisch Centrum Groningen en prof. dr. JJHM Erwich, Afdeling Gynaecologie en Obstetrie Universitair Medisch Centrum Groningen

NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt.

Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.

Dagtekening, 22 mei 2014